

Aus der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen - Nürnberg
Direktor: Prof. Dr. med. G. Hegemann

Untersuchung und statistische Auswertung
des Krankheitsbildes der Patienten an der
Chirurgischen Universitäts-Poliklinik
Erlangen im Jahre 1970

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen - Nürnberg

vorgelegt von

Albrecht Baer

aus Amberg/Opf.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen - Nürnberg

Direktor: Prof. Dr. med. G. Hegemann

UNTERSUCHUNG UND STATISTISCHE AUSWERTUNG
DES KRANKHEITSBILDES DER PATIENTEN AN DER
CHIRURGISCHEN UNIVERSITÄTS-POLIKLINIK ERLANGEN
IM JAHRE 1970

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich - Alexander - Universität
Erlangen - Nürnberg

vorgelegt von

Albrecht Baer

aus

Amberg/Opf.

Gedruckt mit Erlaubnis
der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. L. Demling

Referent: Priv.-Doz. Dr. R. Flesch

Korreferent: Prof. Dr. G. Hegemann

Tag der mündlichen Prüfung: 4. März 1974

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
A EINLEITUNG	1
B GLIEDERUNG	6
C AUFSCHLÜSSELUNG DER GESAMTEN KRANKHEITSBILDER NACH DER BEHANDLUNGSART	8
D AUFSCHLÜSSELUNG DER AMBULANT BEHANDELTEN PATIENTEN	
I. PERSONENGRUPPEN:	
1) Geschlecht	8
2) Altersverteilung	10
3) Berufsgruppen	12
4) Einzugsgebiet	14
5) Versicherungsträger	16
6) Klinikeinweisung	20
7) Weiterbehandlungen	22
II. DIAGNOSESCHLÜSSEL:	
1) nicht traumatische chirurg. Erkrankungen	26
2) Verletzungen und ihre Folgen	32
E ZUSAMMENFASSUNG	40
F Literaturverzeichnis	

A EINLEITUNG

Die vorliegende Arbeit soll einen Überblick vermitteln über die Krankheitsfälle, die im Jahre 1970 einer ambulanten Behandlung in der Erlanger Chirurgischen Universitäts-Poliklinik unterzogen wurden.

Die stationären Fälle wurden ausgeschlossen, da deren Behandlung auf der jeweiligen Station und nicht ambulant in der Poliklinik durchgeführt wurde.

Die Poliklinik kann unter Einsatz modernster Geräte arbeiten und bei einer Patientenzahl von 12.718 im Jahre 1970 diese auch optimal ausnutzen. Sie verfügt zum Beispiel über modernste Laboreinrichtungen und Röntgenbildverstärker mit stark reduzierter Strahlenbelastung für den Patienten. Wegen der hohen Investitions- und Nebenkosten kann die Ausstattung einer Privatpraxis der medizinisch-technischen Entwicklung oft kaum folgen. Daher werden von frei praktizierenden Ärzten zur Sicherung der Diagnose Patienten an die Poliklinik überwiesen, deren Untersuchung nur mit modernen Mitteln der Klinik möglich ist, und deren Behandlung in der freien Praxis zu aufwendige Maßnahmen erfordern würde. Gleichzeitig

ist damit ein gewisser Kontrollmechanismus bei schwieriger Diagnosestellung gewährleistet, der dank der intensiven Koordination und Kommunikation zwischen den Ärzten der Chirurgischen Poliklinik möglich ist.

Aus der großen Zahl der Überweisungen geht die gute Zusammenarbeit zwischen der Chirurgischen Poliklinik und der niedergelassenen Ärzteschaft in der ambulanten ärztlichen Betreuung der Bevölkerung eindeutig hervor.

Ebenso arbeitet auch die Poliklinik mit den stationären Abteilungen der Klinik zusammen. Um Betten für akut erkrankte chirurgische Patienten freizumachen, die sich einer Operation unterziehen müssen, wird versucht, die stationäre Krankenhaus-Verweildauer bei Patienten, bei denen eine vorzeitige Entlassung ohne Beeinträchtigung des Heilungsablaufes möglich ist, auf ein Mindestmaß herabzusetzen. Das wird durch OP- und Fraktur-Nachbehandlungen (Gipskontrollen) ermöglicht, die dann in der Ambulanz bis zur völligen Gesundung und bis zur beruflichen und sozialen Wiedereingliederung durchgeführt werden.

Die Kontinuität der Behandlung nach Abschluß des stationären Aufenthaltes in der Klinik bleibt somit gewahrt.

Die Untersuchungen in der Poliklinik decken manche Krankheit im Frühstadium auf; so lassen sich durch proktologische Untersuchungen oder Lymphknoten-

Extirpationen gutartige oder bösartige Neubildungen bzw. Metastasen nachweisen oder ausschließen. Die Patienten werden auch aus der freien Praxis zur histologischen Untersuchung überwiesen.

Die Früherkennung von Krankheiten nimmt eine wichtige Aufgabe der Chirurgischen Poliklinik ein und trägt durch Risikoabwehr zur Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung der Bevölkerung bei.

Arbeitsbedingte Verletzungen und Unfallfolgen setzen beim Chirurgen eine grundlegende Kenntnis der Bedingungen und Belastungen am Arbeitsplatz voraus, so daß der Arzt, falls eine Wiedereingliederung in den alten Arbeitsprozeß nicht möglich oder nicht empfehlenswert ist, frühzeitig eine entsprechende Umschulung vorschlagen kann. Es wäre außerdem wünschenswert, wenn der behandelnde Arzt auch die berufliche Wiedereingliederung seines Patienten überwachen könnte. Das Gleiche sollte auch für durch Berufskrankheit Geschädigte zutreffen.

Das Lebensalter der beginnenden Erwerbstätigkeit setzt besonders den jungen Menschen hohen Belastungen und neuen Gefahren am Arbeitsplatz aus. Der Arbeiter selbst, speziell aber die im Beruf stehende Frau, verkennen oft die körperlichen und psychischen Anforderungen im Arbeitsleben oder vermögen diese nicht richtig einzuschätzen.

Ohne Kenntnisse in der Arbeits- und Sozialmedizin ist eine sachkundige Beratung des "Menschen am Arbeitsplatz" durch den Arzt oft nicht möglich. Daher fordert die neue Approbationsordnung von 1971 mit Recht die Einführung der "Arbeits- und Sozialmedizin" als Prüfungsfach (Rachold: S. 51 u. 53).

Die folgenden statistischen Ausführungen sollen Daten liefern, insbesondere aber Aufschluß darüber geben, wie sich die Patienten der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik Erlangen, unter verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet, zusammensetzen und in welcher Häufigkeit die verschiedenen hier behandelten Krankheitsbilder auftreten. Damit soll die Möglichkeit gegeben werden, Schwerpunkte der Lehre zu erkennen, um zukünftig die praktische Ausbildung inhaltlich daraufhin auszurichten.

Bislang stand die rein theoretische Ausbildung des angehenden Arztes weit im Vordergrund, aufgelockert nur durch einige Praktika und Kurse, die wegen des mangelnden Angebotes oft so stark besucht wurden, daß ein genügendes Eingehen auf ganz spezielle Probleme von Seiten des Studenten oft nicht möglich war.

Die neue Approbationsordnung von 1971 sieht in ihrer Studienreform zur ärztlichen Ausbildung eine "Rationalisierung, Intensivierung, und vor allem eine stärkere praktische Ausrichtung des Medizinstudiums" vor (Rachold: S.9).

Die Forderung, daß das ganze letzte Studienjahr zur praktischen Unterweisung in einer Krankenanstalt genutzt werden soll, verlangt von den lehrberechtigten Krankenanstalten eine nosologische Sichtung und Dokumentation, um die Ausbildung so wirkungsvoll wie möglich zu gestalten.

Damit würde es den, mit so viel Neuem aus dem Bereich der Medizin konfrontierten Studenten ermöglicht, sich einen umfassenden Überblick über die häufigsten, in der alltäglichen Praxis auftretenden Krankheitsfälle und Unfallfolgen zu verschaffen.

B GLIEDERUNG

Der vorliegenden Arbeit liegen die Krankenblätter der Patienten der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik Erlangen aus dem Jahre 1970 zugrunde.

C AUFSCHLÜSSELUNG DER GESAMTEN KRANKHEITSBILDER NACH DER BEHANDLUNGSART: (Tabelle 1)

- 1) stationäre Behandlung
- 2) an andere Kliniken überwiesene Patienten
- 3) Koxarthrosen
- 4) ambulante Behandlung

Pos. 1 - 3 werden im folgenden nicht berücksichtigt, sondern allein die 12.718 ambulant behandelten Patienten.

D AUFSCHLÜSSELUNG DER AMBULANT BEHANDELTEN PATIENTEN I. PERSONENGRUPPEN:

- 1) Geschlecht (Tabelle 1)
- 2) Altersverteilung (Tabelle 2)
- 3) Berufsgruppen (Tabelle 3)
- 4) Einzugsgebiet (Tabelle 4)
- 5) Versicherungsträger (Tabelle 5)
- 6) Angabe darüber, ob der Patient
aus eigener Initiative kam oder
eingewiesen wurde (Tabelle 6)
- 7) Anzahl der Weiterbehandlungen
bei gleichem Krankheitsbild. (Tabelle 7)

II. DIAGNOSESCHLÜSSEL:

Die Befunde werden unterteilt in:

1) nicht traumatische chirurgische
Erkrankungen

a) bis h) Aufschlüsselung nach

Krankheitsbildern (Tabelle 8-10)

2) Verletzungen und ihre Folgen (Tabelle 11-15)

a) Aufschlüsselung nach

Krankheitsbildern (Tabelle 12-13)

b) Aufschlüsselung nach der Art

der Verletzung und ihrem

Schweregrad (Tabelle 14))

c) Aufschlüsselung nach der

topografischen Lage der

Verletzungen (Tabelle 15)

C AUFSCHLÜSSELUNG DER GESAMTEN KRANKHEITSBILDER

NACH DER BEHANDLUNGSART:

(Tabelle 1)

Von den 18.798 Kranken, die im Jahre 1970 die Chirurgische Universitäts-Poliklinik aufsuchten, wurden nach der Notfalldiagnostik bzw. Erstversorgung durch den Arzt 4.589 Patienten sofort stationär in der Chirurgischen Klinik aufgenommen, 1.024 Patienten konnten nach den Voruntersuchungen zum alloarthroplastischen Hüftgelenkersatz bei Koxarthrose vorgesehen werden und 467 Patienten, die meist fehlgeleitet waren, wurden in andere Fachabteilungen überwiesen.

Der Arbeit liegen demnach die verbleibenden 12.718 Patienten zugrunde, die ambulant in der Poliklinik behandelt wurden.

D AUFSCHLÜSSELUNG DER AMBULANT BEHANDELTEN PATIENTEN

I. PERSONENGRUPPEN:

1) Geschlecht:

(Tabelle 1)

Die männlichen Patienten machen 63,4 %,

die weiblichen 36,6 %

aller ambulanten Patienten aus.

Tabelle 1: 18.798 Patienten (1970).

	4.589	Stationäre Behandlung
	467	In andere Klinik überwiesen
	1.024	Koxarthrosen
4.251 weibliche Patienten (22,6%)		
	12.718	Ambulante Behandlung
8.067 männliche Patienten (63,4%)		

2) Altersverteilung der Patienten: (Tabelle 2)

In der Darstellung werden jeweils sechs Jahrgänge zu einer Einheit zusammengefaßt, so daß die wesentlichen Veränderungen bei der Häufigkeit der einzelnen Altersgruppen deutlich hervortreten. Bei noch weiterer Unterteilung in jeweils einzelne Jahrgänge hätte die Kurve an Übersichtlichkeit verloren.

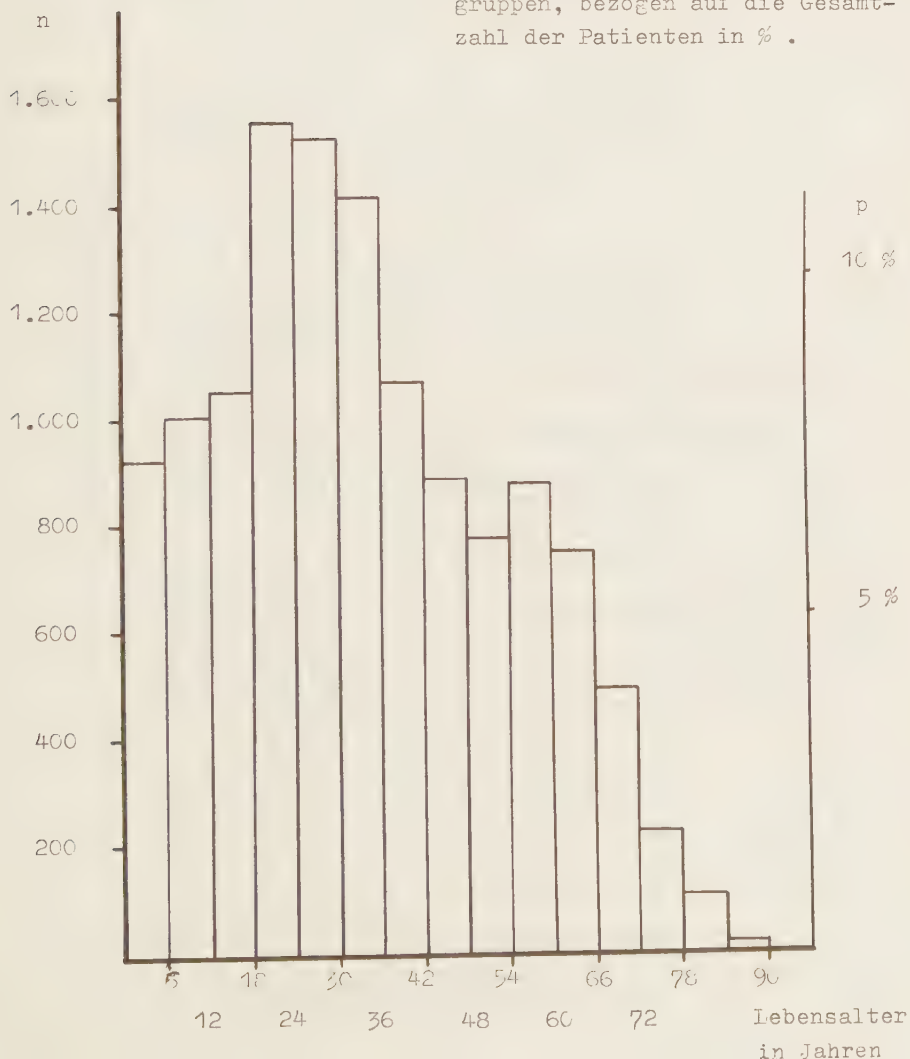
Besonders auffallend ist der steile Anstieg der Patienten zwischen dem 18. und dem 24. Lebensjahr. In diesem Lebensabschnitt, in dem ca. 12 % der Patienten stehen, wirkt sich die noch ungewohnte berufliche Tätigkeit und die durch die Ausbildung bedingte Belastung aus. Ebenso kommt hier die hohe Zahl der Verkehrs- und Sportunfallverletzungen (Führerscheinerwerb mit Erreichen des 18. Lebensjahres) zum Ausdruck.

Für die Altersgruppen nach dem 65. Lebensjahr entfallen zwar die beruflichen Unfallverletzungen; infolge der mit dem Alter zunehmenden Gebrechlichkeit ist jedoch der Anteil der Patienten über 60 Jahre mit 13 % verhältnismäßig hoch.

Tabelle 2: 12.718 Patienten (1970).

n = Zahl der Patienten

p = Anteil der einzelnen Altersgruppen, bezogen auf die Gesamtzahl der Patienten in % .



3) Berufsgruppen der Patienten: (Tabelle 3)

In dem Schema nach Berufsgruppen nehmen folgende drei Gruppen eine Sonderstellung ein, da sie entweder im Alter vor der Erwerbstätigkeit stehen oder diese schon überschritten haben:

- a) Kinder im Vorschulalter (bis zum 6. Lebensjahr)
- b) Schüler, Lehrlinge, Studenten
- c) Rentner

Dieser, durch Alter bedingt, noch nicht oder nicht mehr im Berufsleben stehende Personenkreis stellt mit einer Beteiligung von 34,8 % ein großes Aufgabengebiet der Chirurgischen Poliklinik dar.

Die Landwirte sind mit nur 1,3 % trotz des relativ großen ländlichen Einzugsgebietes von Erlangen als Patienten nur schwach vertreten.

Bei den Berufstätigen ist der hohe Prozentsatz von 33,3 % der Arbeiter und Handwerker besonders auffallend. Diese Tatsache spiegelt sich auch später bei den arbeitsbedingten Verletzungen und ihren Folgen wider.

Tabelle 3: 17.718 Patienten (1970).

926	4.141	4.236	7.216	1.349	907	552	284	161
Kinder bis 6 J.	Schüler, Jugendliche, Studenten.	Arbeiter Handwerker	Angestellte	Rentner	Haus- frauen	Beamte	Selb- stän- dige	Land- wirte
7,3	15,9	33,3	18,0	10,6%	7,8%	2,6%	2,2%	1,3%

4) Einzugsgebiet der Patienten: (Tabelle 4)

Der üblichen Einteilung bei der statistischen Erfassung der Patienten in der Klinik entsprechend wurde das Einzugsgebiet an Hand der Postleitzahlen festgelegt:

a) Erlangen Stadt Postleitzahl: 8520

b) Erlangen Land Postleitzahlen: 8521-25

c) Mittelbares Einzugsgebiet:

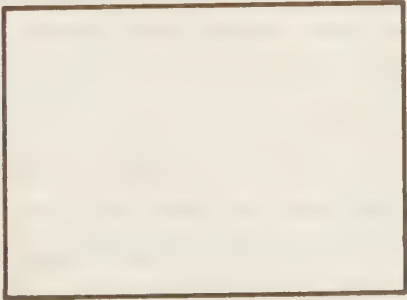
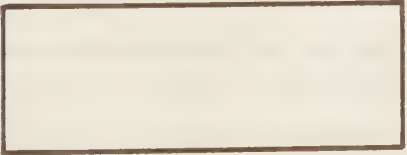
Fürth, Nürnberg, Höchststadt / Forchheim, Lauf,
Neustadt, Schwabach (jeweils Stadt und Kreis)
Postleitzahlen: 851, 8501-06, 8551-54,
8561-65, 8531-36, 8541-46.

d) Sonstiges: Orte, die außerhalb dieser PLZ liegen.

Die Tatsache, daß 57,2 % der Patienten nicht aus Erlangen selbst, sondern aus näherem und weiterem Einzugsgebiet kommen, zeigt, daß die Poliklinik nicht nur die Erlanger Stadtbevölkerung chirurgisch betreut, sondern in ländlichen Gebieten mit ärztlicher Unterversorgung einen Mangel an ärztlicher Betreuung kompensiert.

Die ausgeprägte ärztliche Unterversorgung in den ländlichen Gebieten beruht zum einen auf der Zahl der unbesetzten Praxen, zum andern auf der Überalterung der niedergelassenen Ärzte. Der Fehlbestand kann in diesem Gebiet aufgrund der Ausschreibungen von Kassenarztstellen auf ca. 4 v.H. nicht besetzten Praxen geschätzt werden. (Jahn, E; Jahn, H.J.; Krasemann; Mudra; Rosenberg; Rudolph; Thiemeyer: S. 24).

Tabelle 4: 12.718 Patienten (1970).

5.439	2.747	2.432	1.776
			
Erlangen-Stadt	Erlangen-Land	Mittelbares Einzugsgebiet	Sonstiges
42,8%	21,6%	21,7%	13,9%

5) Versicherungsträger der Patienten: (Tabelle 5)

Zu den RVO-Kassen gehören:

AOK, Landes-, Innungs- u. Betriebskrankenkassen.

Zu den Ersatzkassen gehören:

DAK, BEK, Schwäbisch-Gmünder, Techniker- und
Gärtner-Ersatzkassen.

Unter die "Selbstzahler" fallen solche Bevölkerungskreise, die der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht nicht unterliegen und auch nicht freiwillige Mitglieder sind. Dazu zählen: Selbständige in Gewerbe und Landwirtschaft einschließlich ihrer Familienangehörigen.

Bis auf knapp 5 % ist jeder Patient Mitglied irgendeiner Krankenversicherung. Der hohe Anteil von fast 65 % der RVO-Kassenmitglieder am Gesamtbild erklärt sich daraus, daß sich ihre Mitgliedszahl hauptsächlich aus Arbeitern und Handwerkern und deren Angehörigen zusammensetzt, die auch schon in Tabelle 2 die meist vertretene Berufsgruppe aller Patienten darstellt.

Die Mittel der RVO-Kassen werden durch Beiträge aufgebracht, die sich nach der Höhe des Einkommens des Versicherten richten. Die Beiträge zur Krankenkasse werden vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer je zur Hälfte getragen.

Dagegen werden die Beiträge zur Unfallversicherung allein vom Arbeitgeber entrichtet. Der Beitragssatz richtet

sich nach der Gefahrenklasse des Betriebes. Träger dieser Unfallversicherung sind die Berufsgenossenschaften.

Im Jahre 1970 wurden in der Poliklinik Erlangen 2.469 Arbeitsunfälle chirurgisch betreut; das entspricht 19,4 % der gesamten ambulanten Patienten. Die dadurch erforderlichen Berichte an die jeweiligen Unfall-Versicherungsträger stellen für die Ärzteschaft einer ambulanten Poliklinik eine zusätzliche Aufgabe dar. Auch hinsichtlich der Lehre besteht so eine Möglichkeit, Studenten und junge Ärzte in die gesamte Problematik des Unfall-Berichts- und Gutachtenwesens einzuführen.

Mit Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts (1931) hat sich die Abwicklung des Versicherungswesens geändert: An Stelle der Verträge zwischen den jeweiligen Krankenkassen und Ärzten wurde eine pauschale Vergütung pro Patient eingeführt, indem von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen eine "Kopfpauschale" und von letzteren den Kassenärzten eine "Scheinpauschale" gezahlt wurde.

In den fünfziger Jahren führte dann der größte Teil der Krankenkassen die Abrechnung nach Einzelleistungen entsprechend der ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) durch, wobei die Auszahlung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt (Jahn, E; Jehn, H.-J.; Krasemann; Mudra; Rosenberg; Rudolph; Thiemeyer: S. 26).

Die Universitäts-Polikliniken erhalten, abweichend von der allgemeinen Regelung, nach wie vor eine Scheinpauschale, da bei ihnen nicht nur die Sicherung der kassenärztlichen Versorgung, sondern auch Fragen der Lehre, Forschung und Ausbildung der angehenden Ärzte im Vordergrund ihrer Tätigkeit stehen.

Neben dieser Pauschale sollten nach Auffassung der Polikliniken folgende ambulante Leistungen unter dem Gesichtspunkt der "Selbstkosten" der Chirurgischen Poliklinik gesondert abrechnungsfähig sein:

1. Krebsvorsorgeuntersuchungen für Männer vom Beginn des 45. Lebensjahres, für Frauen vom Beginn des 30. Lebensjahres an.
2. Physikalische Leistungen der Krankengymnastikabteilung.
3. Abgeltung des pro-communitate-Bedarfs
(Verband, Schmerzmittel, Gipsbinde ...)
4. Untersuchung des ambulanten Patienten unter Einsatz des Autoanalyzers und anderer kostenintensiver Methoden.

6) Angabe darüber, ob der Patient aus eigener Initiative kam oder eingewiesen wurde:

(Tabelle 6)

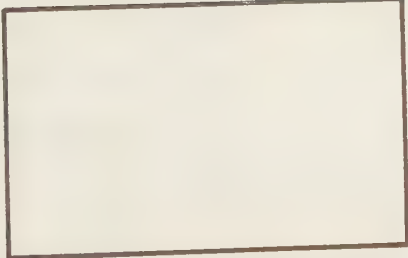
Wie das nebenstehende Schaubild zeigt, kamen ca. 2/3 der Patienten auf eigene Initiative in die chirurgische Ambulanz; ca. 1/3 wurden durch ihren Arzt oder durch ein Krankenhaus in die Chirurgische Poliklinik überwiesen.

Die hohe Zahl von 8.061 Patienten, die nicht eingewiesen wurden, erklärt sich:

- a) durch Unfall bedingte Sofortaufnahme in die Poliklinik ohne Einweisung des Praktikers.
- b) durch Aufnahme von Patienten am Wochenende und an Sonn- und Feiertagen.
- c) und ferner durch die zunehmende Urbanisierung der Landbevölkerung, die heute lieber ihren Landarzt umgeht und glaubt, in der Stadt "fortschrittlicher" untersucht und behandelt zu werden.

Hierdurch zeigt sich eindeutig, daß die Chirurgische Poliklinik nicht nur eine "Überweisungs-Poliklinik", sondern eine echte "Stadt-Poliklinik" ist, die zu jeder Zeit und rund um die Uhr behandlungsbereit ist.

Tabelle 6: 12.718 Patienten (1970).

8.61	4.657
	
Patient kam selbst	Patient überwiesen durch: Arzt, Krankenhaus u.s.w.,
63,4%	36,6%

7) Anzahl der Weiterbehandlungen bei gleichem

Krankheitsbild:

(Tabelle 7)

5.783 Patienten = 45,5 % brauchten nach einmaliger
Behandlung nicht wiederbe-
stellt zu werden oder konnten
ihrem vorher behandelnden
Arzt zurücküberwiesen werden.
6.935 Patienten = 54,5 % mußten sich mindestens einer
Weiterbehandlung unterziehen.

Aus der Darstellung läßt sich die Zahl der Patien-
ten und die ihnen entsprechende Zahl der Weiterbehandlun-
gen entnehmen:

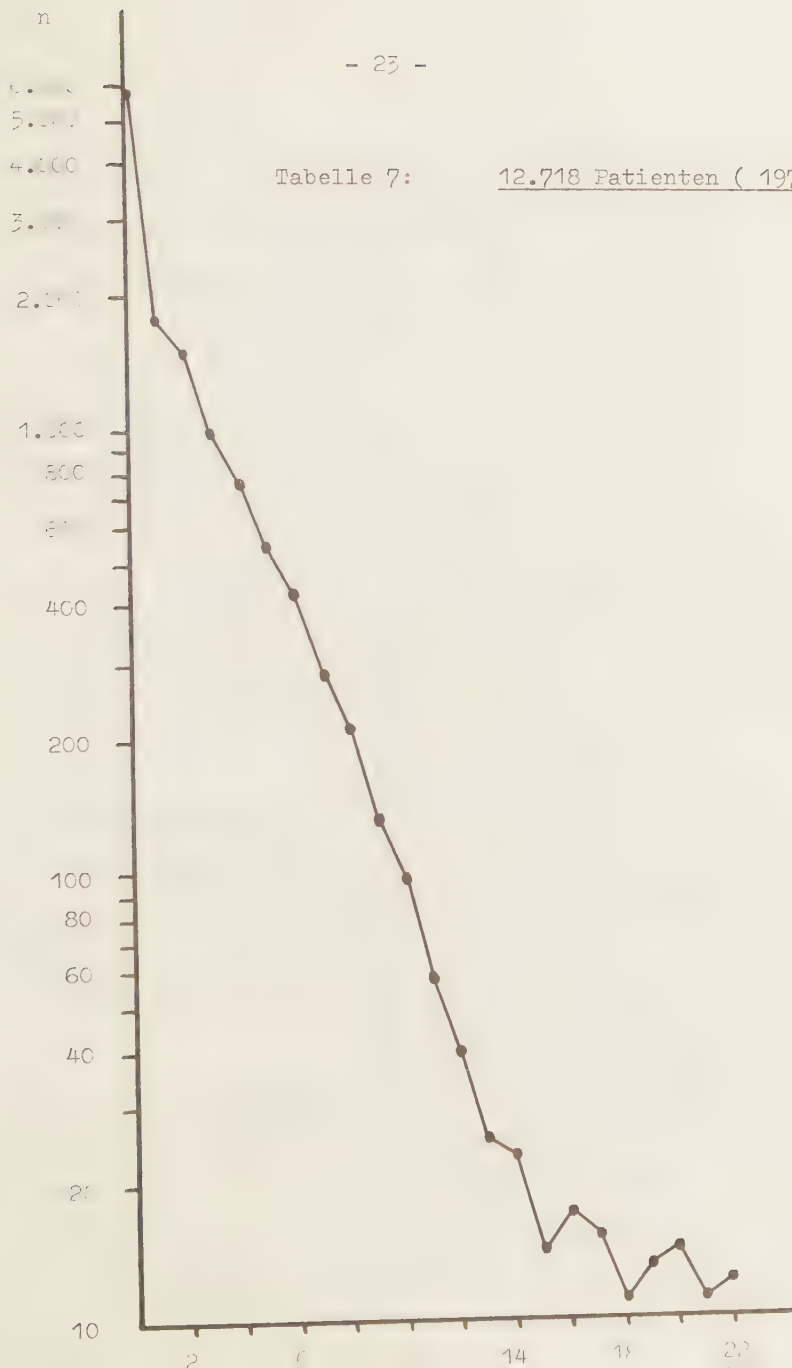
So wurden zum Beispiel:

1.510 Patienten 2 mal behandelt,

12 Patienten 22 mal behandelt.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde für die
Abszisse des Schaubildes eine lineare Unterteilung, für
die Ordinate ein logarithmischer Maßstab gewählt.

Tabelle 7: 12.718 Patienten (1970).



II. DIAGNOSESCHLÜSSEL:

Die gesamte Patientenzahl der Chirurgischen Poliklinik Erlangen im Jahre 1970 setzt sich zusammen aus:

- 1) Nicht traumatische chirurgische

Erkrankungen: 35,7 % (Tab. 8-10)

- 2) Verletzungen und ihre Folgen: 64,3 % (Tab. 8 u. 11-13)

Bei der weiteren Besprechung des Diagnoseschlüssels werden diese beiden Hauptgruppen für sich getrennt behandelt und jeweils gleich 100 % gesetzt.

Die Diagnosen wurden den Krankenblättern der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik Erlangen entnommen, nach medizinischen Gesichtspunkten geordnet und in größeren Gruppen und Untergruppen zusammengefaßt.

Zwangsläufig überwiegen in dieser Arbeit die chirurgischen Indikationen, angefangen mit Tumor-Extirpationen und Biopsien, über die Behandlung von Erkrankungen der arteriellen und venösen Strombahnen, Untersuchung und Beurteilung unklarer abdomineller Beschwerden, Versorgung proktologischer Fälle bis hin zur Behandlung von Unfallverletzungen im weitesten Sinne.

Es galt, eine Vielzahl von Diagnosen in übersichtlicher Form zur Darstellung zu bringen. Dabei bot sich als gute Grundlage das "Systematische Verzeichnis zur Dokumentation von Diagnosen" (Hamm) an, das auch in der Klinik zur Abrechnung mit den Versicherungen verwendet wird.

Tabelle 8: 12.718 Patienten (1970).

4.537 Patienten (35,7%)	Nicht traumatische chirurgische Erkrankungen
8.181 Patienten (64,3%)	Verletzungen und ihre Folgen

1) Nicht traumatische chirurgische Erkrankungen.

Aufschlüsselung nach Krankheitsbildern:

a) Krankheiten der Verdauungsorgane: (44,55 %)
=====

Magen- u. Zwölffingerdarmgeschwür:

Sonstige Krankheiten des Magens u.

Zwölffingerdarms:

(Gastritis und Duodenitis)

Verdacht auf Appendicitis bzw.

akutes Abdomen: (6,83 %)

Eingeweidebrüche, Einklemmungen:

Hernien und Ileusverdacht

Sonstige Krankheiten des Darms u. Bauchfalls:

(Obstipation, Fadenfistel)

Proktologie und Urologie: (35,07 %)
=====

Hämorrhoiden (18,27 %)

Fistel, Fissur, Polyp (7,87 %)

Deszensus, Prolaps (3,44 %)

Sonstiges (3,99 %

(Abszeß, Thrombose, spast.

Dickdarm, Ca.)

Urologische Erkrankungen (1,50 %)

(Nierensteinleiden, Cystitis,

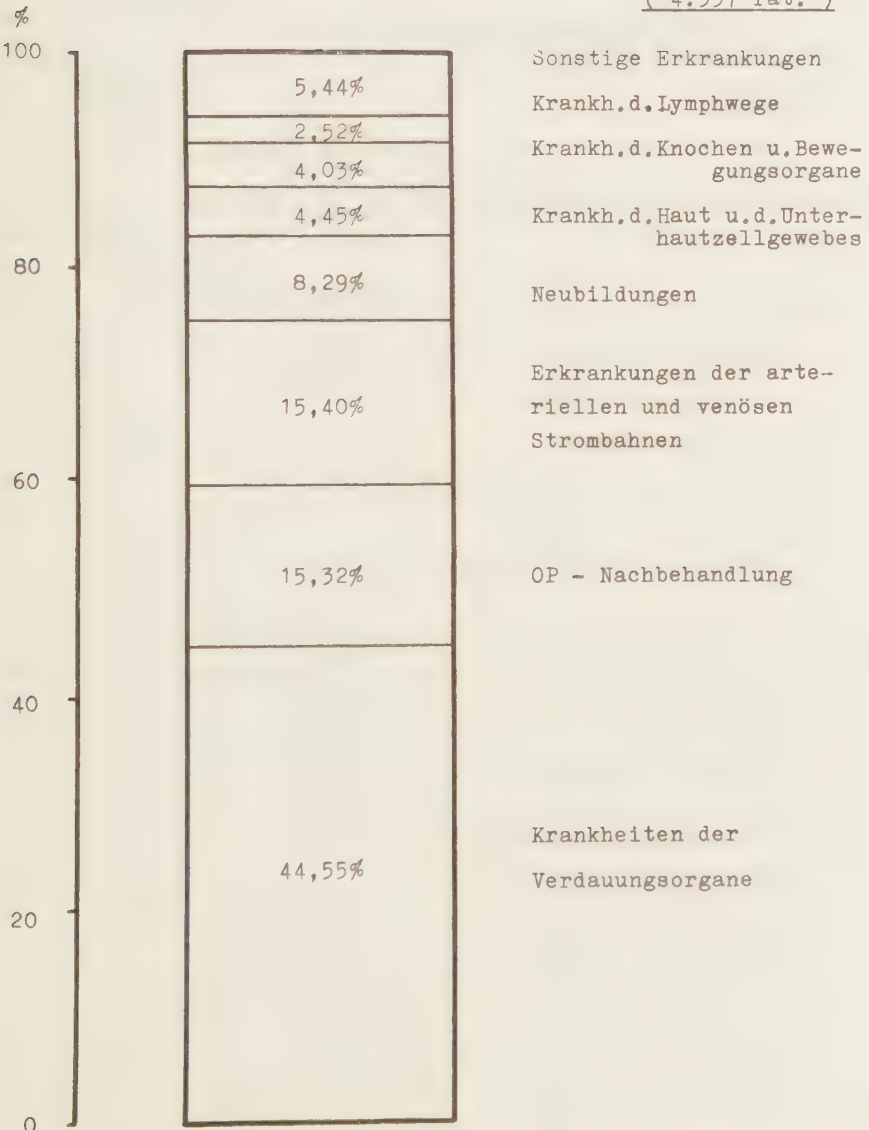
Harnweg- u. Nierenleiden)

Krankheiten der Gallenblase u.

des Pankreas

Tabelle 9: Nicht traumatische chirurgische Erkrankungen

(4.537 Pat.)



b) Operations-Nachbehandlungen: (15,32 %)
=====

c) Erkrankungen der arteriellen und venösen
Strombahnen: (15,40 %)
=====

Varizen, Venektasie, arterielle Verschluß-
krankheit, Oszillographie

d) Neubildungen: (8,29 %)
=====

Bösartige Neubildungen: (5,51 %)

der Mundhöhle und des Rachens

der Verdauungsorgane

der Atmungsorgane

der Brustdrüse und der Harnorgane

sonstige Lokalisation

Lymphknoten- u. Tumor-PE (2,34 %)

Gutartige Neubildungen: (2,78 %)

der Haut

der Gefäße

unbekannten Charakters

e) Krankheiten der Haut und des
Unterhautzellgewebes: (4,45 %)
=====

Krankheiten der Haut:

Furunkel und Karbunkel

Phlegmone

Ekzeme

Eingewachsener Nagel

Tabelle 10: Aufschlüsselung der einzelnen
Krankheitsbilder aus Tabelle 9.
(4.537 Pat.)

Krankheiten der Verdauungsorgane (44,55%).

2,65%
6,83%

Sonstige Erkrankungen

Verdacht auf Appen-
dicitis bzw. akutes
Abdomen

Proktologie u. Urologie (35,07%).

3,99%
1,50%
3,44%
7,87%
18,27%

Sonstige Erkrankungen

Urologische Erkrankg.

Descensus, Prolaps

Fistel, Fissur, Polypen

Hämorrhoiden

Verschiedene Hautkrankheiten:

Gangrän

Knorpelnekrose

Naevus

Urticaria

f) Krankheiten der Knochen u. Bewegungsorgane: (4,03 %) =====

Entzündliche u. degenerative Gelenkerkrankungen

Krankheiten der Knochen

Krankheiten der Sehnen:

Bursitis

Schnellender Daumen u. Tendovaginitis

Krankheiten der Knorpel u. Bandscheiben

Sonstige Erkrankungen der Muskeln und

Bewegungsorgane:

Muskelzerrung u. Muskelschwäche

Ostitis deformans

g) Krankheiten der Lymphwege sowie sonstige nicht
chirurgische Gefäßerkrankungen: (2,52 %) =====

Rheumatische Herzerkrankungen

Erkrankungen der Herzkranzgefäße u.d. Herzens

Krankheiten der Lymphwege u. Lymphknoten

Lymphangitis

Erkrankung der Hiluslymphknoten

Lymphödem, Elephantiasis

n) Sonstige nicht traumatische chirurgische

Erkrankungen:

(5,44 %)

=====

Infektiöse und parasitäre

Erkrankungen: (1,58 %)

Tbc, Virusinfekte, Warzen

Allergische- u. Stoffwechsel-
erkrankungen: (1,19 %)

Allergien, Gicht, System-
erkrankungen

Dupuytrensche Kontraktur (1,05 %)

Angeborene Mißbildungen: (0,46 %)

Trichterbrust

Hand- u. Fußmißbildungen

Krankheiten der Genitale: (0,31 %)

Hodenquetschung

Hydrozele

Krankheiten der Atmungsorgane (0,29 %)

Virusgrippe

Pneumonie

Krankheiten des Nervensystems (0,26 %)

Ischias

Ischialgie

Neuralgie

Suizidversuch und Alkoholismus (0,22 %)

Altersschwäche (0,08 %)

2) Verletzungen und ihre Folgen:

Die verschiedenen "direkten Unfallfolgen" bedürfen zum Verständnis keiner näheren Erläuterung wie es dagegen bei der Zusammenstellung der "nicht traumatischen chirurgischen Erkrankungen" erforderlich war.

Für die klinische Behandlungsweise dieser traumatischen chirurgischen Erkrankungen ist eine exakte Angabe über die Art der Verletzung, deren Schweregrad und Lokalisation notwendig. Die prozentuale Verteilung der jeweiligen Folgen der Unfälle in den nachstehenden Teilbildern ist außerdem im Hinblick auf die Neuordnung des Medizinstudiums wichtig, da hierdurch dem auszubildenden Studenten gezielt die häufigsten Unfallfolgen vor Augen geführt werden können.

Die genaue Angabe der Lokalisation des Traumas bei der Zusammenstellung des Diagnoseschlüssels ermöglicht es, sich einen exakten Überblick über die verschiedenen Verletzungen zu verschaffen.

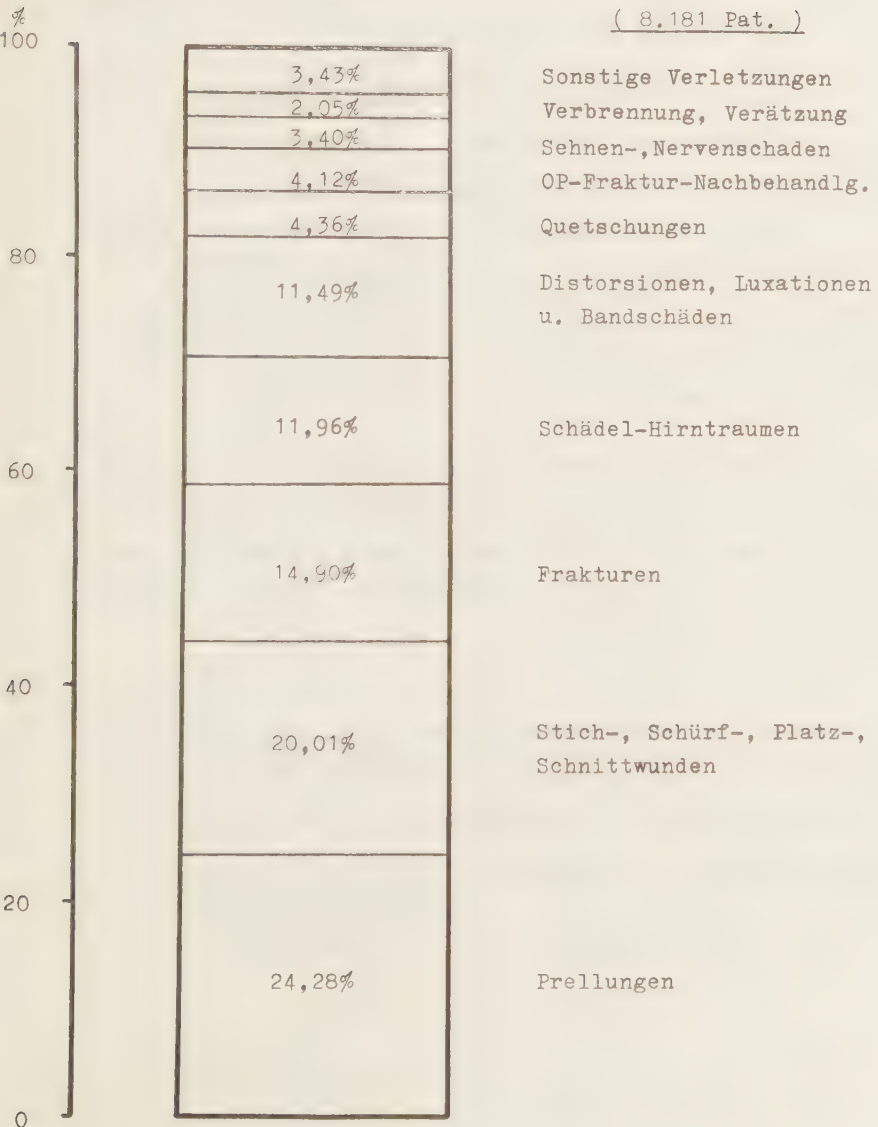
Die direkten Unfallfolgen werden in den nachfolgenden Tabellen nach drei Gesichtspunkten aufgegliedert:

- a) nach Krankheitsbildern (nosologisch) (Tab. 12-13)
- b) nach der Art der Verletzungen und
ihrem Schweregrad (Tab. 14)
- c) nach der topografischen Lage der
Verletzungen (Tab. 15)

Tabelle 11:

Verletzungen und ihre Folgen

(8.181 Pat.)



a) Aufschlüsselung nach Krankheitsbildern:

(Tabelle 12 u. 13)

Bei der Unterteilung nach Krankheitsgruppen fällt der hohe Anteil an Prellungen (24 %) sowie an Stich-, Schürf-, Platz- und Schnittwunden (20 %) auf.

Während die Prellungen als stumpfe Traumen meist keine aufwendigen chirurgischen Maßnahmen erfordern, sind die Stich-, Schürf-, Platz- und Schnittwunden mit oft recht schwieriger Wundversorgung und Wundnaht verbunden.

Hierbei ist, genau wie bei den Frakturen und den Distorsionen, Luxationen und Bandschäden eine möglichst genaue Angabe der topografischen Lage erforderlich, da der chirurgische Aufwand stark abhängig von der Lokalisation der Verletzungen ist.

Bei den Schädel-Hirntraumen waren wesentliche Störungen der Bewußtseinslage des eingelieferten Patienten nicht vorhanden, da schwerere Fälle mit Bewußtseins-trübung und anderer Hirnsymptomatik sofort in die neurochirurgische Abteilung der Klinik verlegt werden.

Tabelle 12: Aufschlüsselung der einzelnen Krankheitsbilder aus Tabelle 11.
(8.181 Pat.)

Prellungen (24,28%)

2,97%
4,58%
7,54%
8,09%

Gesicht u. Hals (1,10%)

Multipel

Thorax u. Abdomen

Obere Extremität

Untere Extremität

Stich-, Schürf-, Platz-, Schnittwunden

(20,01%)

3,25%
10,79%
5,33%

Thorax u. Abdomen (0,44%)

Gesicht u. Hals

Multipel (0,20%)

Obere Extremität

Untere Extremität

Tabelle 13: Aufschlüsselung der einzelnen
 Krankheitsbilder aus Tabelle 11.
 (8.181 Pat.)

Frakturen (14,90%)

9,21%
4,69%

Multipel (1,00%)

Obere Extremität

Untere Extremität

Schädel- Hirntraumen (11,96%)

3,64%
8,32%

Prellungen

Kopfplatzwunden

Distorsionen, Luxationen, Bandschäden

(11,49%)

4,89%
6,28%

Multipel (0,32%)

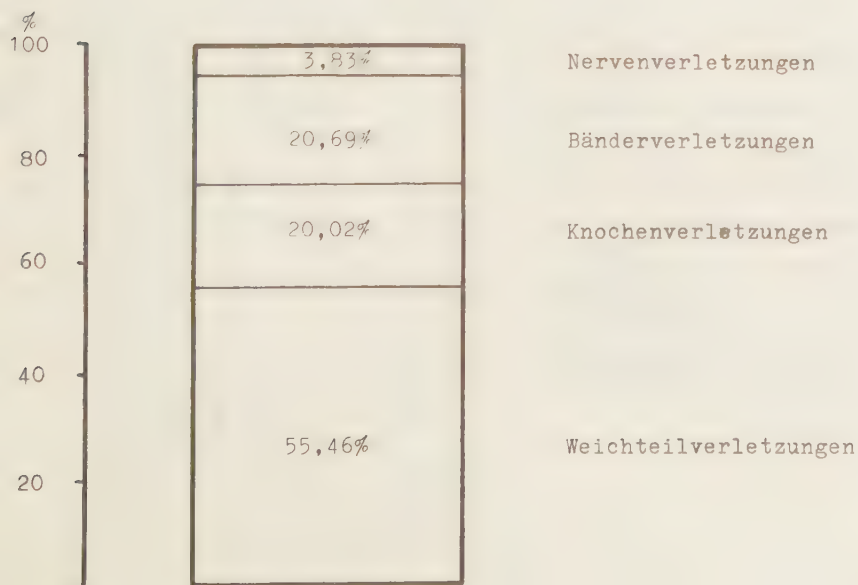
Obere Extremität

Untere Extremität

b) Aufschlüsselung nach der Art der Verletzungen
und ihrem Schweregrad:

Bei der Aufschlüsselung der "direkten Unfallfolgen" nach der Art der Verletzung ergeben sich für Weichteilverletzungen 55 %, denen 20 % Knochenverletzungen gegenüberstehen. Auch Bänder- und Nervenverletzungen wurden in ihrem prozentualen Anteil besonders aufgeführt. Diese Unterteilung deckt sich auch in der Regel mit der Unterscheidung nach dem Schweregrad der Verletzungen.

Tabelle 14: Art der Verletzungen (8.181 Pat.)



c) Aufschlüsselung nach der topografischen

Lage der Verletzungen:

(Tabelle 15)

Bei den Verletzungen der oberen und unteren Extremitäten kann man noch drei für die chirurgische Versorgung besonders wichtige Gruppen unterscheiden:

- 1) Verletzungen von: Finger, Mittelhand,
Handgelenk, Handwurzel-
knochen
- 2) Verletzungen des Unterarmes
- 3) Verletzungen von: Zehen, Mittelfuß, Sprung-
gelenk, Fußwurzel-
knochen, Knöchel

Nach der Art der Verletzung aufgegliedert ergeben sich für diese drei Gruppen folgende Prozentsätze:

	<u>Gruppe 1</u>	<u>Gruppe 2</u>	<u>Gruppe 3</u>
Frakturen	2,66 %	5,41 %	3,82 %
Verbrennungen, Verätzungen	0,35 %	0,52 %	0,25 %
Distorsionen, Luxationen, Bandschäden	3,71 %	-,-- %	4,89 %
Quetschungen	2,83 %	0,60 %	0,80 %
Schwere Verletzungen mit Sehnen- u. Nervenschäden (Kreissäge)	2,18 %	0,77 %	0,45 %
Leichte Stich-, Schürf-, Schnitt- u. Bißwunden	5,50 %	1,09 %	2,66 %
Prellungen	3,32 %	1,43 %	5,74 %
Panaritium	1,67 %	-,-- %	-,-- %
	22,22 %	9,82 %	18,61 %
	=====		

Tabelle 15:

Lokalisation der Verletzungen
aus Tabelle 11 (8.181 Pat.)



16,31% Kopf, Gesicht, Hals

10,79% Thorax, Becken, Hüfte,
Wirbelsäule

Obere Extremität (43,28%)

4,78% Clavicula u. Schulter

6,46% Oberarm u. Ellenbogen

9,82% Unterarm

22,22% Finger, Mittelhand,
Handgelenk, Hand-
wurzel

Untere Extremität (29,62%)

4,52% Oberschenkel u. Knie-
gelenk

6,49% Unterschenkel

18,61% Zehen, Mittelfuß,
Sprunggelenk, Fuß-
wurzel, Knöchel

E ZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Arbeit werden die Krankheitsfälle von 12.718 ambulanten Patienten der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik Erlangen aus dem Jahre 1970 untersucht.

Dabei ergibt sich, daß etwa zwei Drittel der Patienten wegen Verletzungen und ihren Folgen behandelt wurde; bei dem restlichen Drittel der Krankheitsfälle handelt es sich um nicht traumatische chirurgische Erkrankungen.

Bei den "Verletzungen und ihren Folgen" kann man unterscheiden: Prellungen, Stich-, Schürf-, Platz- und Schnittwunden, Frakturen, Schädel-Hirntraumen, Distorsionen, Luxationen, Bandschäden, Quetschungen, OP-Fraktur-Nachbehandlungen, Sehnen- und Nervenschäden, Verbrennungen und Verätzungen. Besonders ausführlich wird in der vorliegenden Arbeit darauf eingegangen, wobei die Einteilung in Krankheitsbilder, Art der Verletzungen sowie Schweregrad und topografische Lage vorgenommen wird.

Zu den "nicht traumatischen chirurgischen Erkrankungen" gehören: Krankheiten der Verdauungsorgane, OP-Nachbehandlungen, Erkrankungen der arteriellen und venösen Strombahnen, Neubildungen, Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes, der Knochen und der Bewegungsorgane und Krankheiten der Lymphwege. Auch diese Gruppen

werden nach dem prozentualen Anteil ihrer Häufigkeit angegeben.

Von den 12.718 Patienten der Chirurgischen Poliklinik kamen rund zwei Drittel auf eigene Initiative, die übrigen wurden in die Klinik überwiesen.

Die Unfallfolgen verteilen sich auf alle Altersgruppen, wobei die berufstätige Bevölkerung mit ca. 65 % beteiligt ist. Einem besonders hohen Unfallrisiko sind die 18- bis 33jährigen ausgesetzt. Auffallend ist der hohe Anteil von 22 % an Hand- und Fingerverletzungen, der zumeist auf Arbeitsunfälle zurückzuführen ist.

Aus der Auswertung ergibt sich, daß 64 % der Patienten aus der näheren und weiteren Umgebung Erlangens in die Universitäts-Poliklinik kommen. Die Selbstzahler machen nur 5 % der Patienten aus. 45,5 % der Krankheitsfälle benötigen nur eine einmalige Behandlung; es waren jedoch vereinzelt bis zu 22 Untersuchungen und Behandlungen bei einem Krankheitsfall erforderlich.

F Literaturverzeichnis

Hamm: Systematisches Verzeichnis zur
Dokumentation von Diagnosen
Landeshauptstadt München,
München, Max Schick-Verlag 1961.

Jahn, E.; Jahn, H.-J.; Krasemann, E.O.; Mudra, W.;
Rosenberg, P.; Rudolph, F.; Thiemeyer, T.:
Die Gesundheitssicherung in der
Bundesrepublik Deutschland -
Analyse und Vorschläge zur Reform,
2. Aufl. Köln, Bund-Verlag 1971.

Rachold, R.: Approbationsordnung für Ärzte,
Köln, Deutscher Ärzte-Verlag 1971.

Herrn Prof. Dr. med. G. Hegemann danke
ich für die Überlassung des Themas und
Herrn Priv.-Doz. Dr. R. Flesch für die
freundliche Unterstützung bei der
Ausführung der Arbeit.

LEBENS LAUF

Am 6.7.1945 wurde ich, Albrecht Baer, als Sohn des Diplomingenieurs Dr.-Ing. Ernst Baer und seiner Ehefrau Cäcilie, geb. Lange in Amberg/Oberpfalz geboren.

Im Februar 1966 legte ich in Heidenheim/Brenz mein Abitur am Hellenstein-Gymnasium ab.

Nach einem Semester Zahnmedizin an der Universität München begann ich im Wintersemester 1966/67 das Medizinstudium an der Universität Erlangen-Nürnberg. Nach Ablegung der ärztlichen Vorprüfung studierte ich ein Semester an der Universität Kiel. Die restlichen klinischen Semester absolvierte ich an der Universität Erlangen-Nürnberg und schloß am 21.2.1973 mein Studium mit dem Staatsexamen ab.

